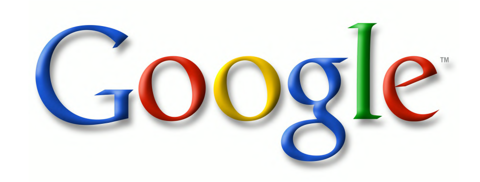


CASUISTIQUE ET DIAGNOSTIC PHOTOGRAPHIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU,

PAR

le Dr. D. VAN HAREN NOMAN,

Professeur e. o. de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine d'Amsterdam.

CASUISTIQUE ET DIAGNOSTIC PHOTOGRAPHIQUE

DES

MALADIES DE LA PEAU,

PAR

le Dr. D. VAN HAREN NOMAN,

Professeur e. o. de clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de médecine d'Amsterdam.

Ire LIVRAISON.

Planche IX: Herpes Zoster. — Planche X: Gangraena cutis acuta multiplex. — Planche XI—XIV: Psoriasis vulgaris.

HAARLEM,
DE ERVEN F. BOHN.
1889.

PARIS,
G. MASSON.

BRUXELLES,
A. MANCEAUX.

LEIPSIC et VIENNE,
FRANZ DEUTICKE.

LONDRES,
HENRY RENSHAW.

PROSPECTUS.

L'essor qu'ont pris la photographie et la phototypie et les progrès qu'elles ont réalisés dans les vingt dernières années, ont sensiblement étendu leur application et ont rendu des services signalés aux sciences naturelles et aux sciences médicales.

On y recourait depuis longtemps pour presque toutes les branches de la science médicale, et leur application dans l'étude de la Dermatologie n'a pas seulement été couronnée du plus brillant succès, mais a certainement contribué pour une large part à rehausser sensiblement l'intérêt que l'on porte à cette partie de la pathologie.

Dans beaucoup de feuilles périodiques scientifiques et dans nombre de monographies on trouve des photographies fort belles et très réussies, représentant des maladies de la peau. On a en outre publié dans ces derniers temps des Atlas photographiques, qui facilitent pour les médecins et pour les étudiants en médecine l'étude de la Dermatologie, en reproduisant d'après nature aussi exactement que possible les affections cutanées, et subviennent à la description théorique.

L'auteur de la „Casuistique et Diagnostic photographique des maladies de la peau" s'est proposé d'atteindre le même but. En ajoutant un Atlas photographique, représentant les maladies de la peau, à un livre traitant de la symptomatologie et du diagnostic différentiel, l'étude des maladies de la peau sera mise à la portée de tout médecin et étudiant, et les éditeurs sont persuadés que ce guide pratique sera accueilli avec joie par tout le public médical.

Les clichés ont tous été pris par l'auteur lui-même et ne forment qu'une petite collection, choisie dans une collection dix fois plus grande, qui avait été collectionnée pendant les dernières années parmi les nombreux cas de dermatoses, qui se présentent à la policlinique et la clinique pour les maladies de la peau et la syphilis d'Amsterdam.

Par rapport aux difficultés, que présente la reproduction exacte des couleurs des maladies de la peau dans chaque exemplaire de notre édition, difficultés que connaissent tous les spécialistes en dermatologie et tous les éditeurs de ces genres d'ouvrage, l'auteur de ce livre et ceux, qui l'éditent ont cru mieux faire en s'appliquant avec soin exclusivement à la très exacte reproduction des plus infimes détails, que présentent les changements pathologiques de la surface cutanée. En étudiant avec soin le procédé photographique, les différentes méthodes pour la préparation et l'application des plaques sensibilisées, pour la pose, l'éclairage etc., l'auteur croit être parvenu à fabriquer des clichés, dont les reproductions sont tellement exactes, qu'elles surpassent, quoiqu'elles soient incolorées, celles des atlas dermatologiques photographiques, qui ont paru jusqu'à présent.

PLANCHE IX.

HERPES ZOSTER.

HERPES ZOSTER.

Synonymie: Voir page 2 du texte de Pl. VIII.

Observation (Pl. IX, fig. 1 et 2). G. W. âgé de 35 ans. Cet homme vint réclamer nos soins pour un exanthème douloureux au côté gauche. (Sur la planche l'exanthème est représenté au côté droit, l'image étant renversée par la phototypie.) Il y a environ six jours le malade sentit venir, dans l'espace de 24 heures, au côté gauche, une douleur poignante, accompagnée d'une sensation de brûlure. En examinant, il trouva sur le côté antérieur du tronc, dans les endroits où il sentait la douleur, au-dessous et à côté du mamelon gauche, de petites taches rouges, très sensibles au toucher. Dans le cours de ces six jours ces taches se sont étendues en forme de croissant, et pendant que les douleurs névralgiques et la sensation de brûlure sont devenues plus intenses, il s'est formé de petites vésicules disposées en groupes.

Jusqu'ici le malade n'a jamais eu un exanthème pareil et il n'a jamais souffert ni du thorax ni des organes thoraciques. C'est un individu sain et robuste.

On voit une large bande rouge, au côté postérieur du tronc, sur et au-dessous de la pointe de l'omoplate, et au côté antérieur, au-dessous et un peu autour du mamelon gauche, commençant à quelques centimètres du côté droit de la colonne vertébrale et finissant à quelques centimètres à droite du milieu du sternum. Sur ces taches rouges on aperçoit des groupes de petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, dont la plupart sont isolées; quelques-unes cependant, au centre des groupes, deviennent confluentes. Ces vésicules sont pour la plus grande partie remplies d'un liquide clair, limpide comme de l'eau; au centre de quelques groupes, surtout là où les vésicules ont conflué le contenu est rouge et hémorrhagique (*Herpes zoster hemorrhagica*). Le malade se plaint de vives doulours poignantes et cuisantes; au toucher ces douleurs deviennent plus intenses. L'exanthème est saupoudré avec du Talcum venetum pulverisatum et couvert d'une mince couche d'ouate hydrophile.

Au bout d'une semaine un grand nombre des vésicules sont desséchées, quelques-unes ont un contenu purulent; les bases des vésicules hémorrhagiques confluentes sont occupées par des croûtes sèches de couleur brun noir.

Quatre semaines après le commencement de l'affection cutanée toutes les croûtes sont tombées, en laissant par ci par là des cicatrices très superficielles. Des douleurs névralgiques, quoique moins violentes que pendant la prémière semaine, se faisaient encore sentir. Le malade ne s'étant plus montré, nous ignorons combien de temps cette névralgie a duré.

Symptomatologie. (Voir le texte de Pl. VIII.)

Diagnostic différentiel. Le début et les symptômes de l'herpes zoster sont dans la plupart des cas si caractéristiques, que le diagnostic ne présente que très rarement, pour ne pas dire

Fig. 1.



Fig. 2.



Herpes zoster pectoralis.

jamais, des difficultés. Les seules affections cutanées avec lesquelles, dans certains cas, on pourrait la confondre, sont: l'Erysipelas, l'Herpes facialis et genitalis, et l'Eczema. On fera donc bien de tenir compte des différences suivantes:

Erysipelas.

1. Dans l'erysipelas la douleur est faible ou bien d'une nature inflammatoire, continue et pulsative.

2. Une ligne de délimitation très nette sépare la rougeur de la partie avoisinante non-affectée.

3. Des vésicules ne se montrent pas toujours. Dans l'erysipelas bullosum elles n'apparaissent pas en groupes.

4. L'erysipelas est toujours accompagné de fièvre et presque toujours à un assez haut degré.

Herpes zoster.

1. Dans l'herpes zoster surviennent des douleurs névralgiques.

2. La rougeur autour des groupes de vésicules n'est pas nettement limitée.

3. Les vésicules surviennent sur les taches rouges en forme de groupes.

4. Dans les cas graves seuls l'herpes zoster est quelquefois accompagnée de fièvre, mais rarement à un haut degré.

Eczema.

1. L'eczema est toujours accompagné de démangeaisons.

2. Les vésicules apparaissent plus disséminées et diffuses et sont dans la plupart des cas plus petites que dans l'herpes zoster.

3. Les vésicules de l'eczema se rompent presque toujours. La surface eczémateuse de la peau exhale, plus ou moins, un liquide qui, en se desséchant, se transforme en croûtes. Après la chute de ces croûtes la peau reste souvent encore quelque temps squameuse, mais elle ne montre jamais de cicatrices.

Herpes zoster.

1. L'herpes zoster est presque toujours accompagnée d'une douleur réelle et d'une sensation cuisante et poignante.

2. Les vésicules surviennent en groupes, en suivant le trajet anatomique d'un nerf, et sont plus grandes que dans l'eczéma.

3. Les vésicules de l'herpes zoster n'ont pas de tendance à se rompre; en se desséchant, les pellicules épidermiques restent intactes et se transforment en petites croûtes. Après la chute de ces petites croûtes la peau montre souvent de très petites cicatrices superficielles.

Pour le diagnostic différentiel de l'herpes zoster avec l'herpes facialis et genitalis voir le texte de Pl. VII.

PLANCHE X.

GANGRAENA CUTIS ACUTA MULTIPLEX.

GANGRAENA CUTIS ACUTA MULTIPLEX.

Observation. (Pl. X.) Anna t. B., couturière, âgée de 18 ans vint me consulter au mois de novembre 1884. Elle était née de parents phthisiques et souffrait depuis son enfance souvent de nevroses avec de fréquentes attaques de nerfs, pendant lesquelles elle perdait connaissance. A l'âge de huit ans, deux mois après une attaque, elle eut un exanthème qui, selon sa description, semble avoir été un herpes zoster sur le côté droit de la face et qui disparut bientôt. Lorsqu'elle eut atteint l'âge de 14 ans, elle fut saisie de nouvelles attaques, quelquefois même plusieurs fois par jour; pendant ces attaques elle perdait toujours complètement connaissance. Quelques mois après la dernière attaque l'exanthème reparut, cette fois sur le manubrium sterni; il se transforma en ulcérations qui, cependant, guérirent bientôt.

Depuis l'âge de 14 ans jusqu'au moment où elle réclama mes soins, elle fut saisie à plusieurs reprises d'attaques épileptiformes alternant avec des éruptions du même exanthème sur la poitrine. Au moment où elle se soumit à mon traitement se montrait sur la partie supérieure du sternum une tache ayant un diamètre d'environ 14 centimètres; dans cette grande tache on voyait plusieurs ulcérations petites, dont les plus petites avaient un diamètre d'à peu près 1 centimètre et les plus grandes d'environ 4 centimètres. Ces ulcères etaient peu profond. Entre ces ulcères on apercevait, en outre, des îlots luisants rouges et blancs, ressemblant à des cicatrices nouvelles et anciennes. Sur ces parties non-ulcérantes la peau était au toucher très sensible et très endolorie.

Quelques jours après, l'exanthème sur la poitrine n'ayant subi qu'un très faible changement, la malade se plaignit d'une sensation de brûlure sur la face latérale de la cuisse gauche. Là on voyait une petite tache rouge, congestive et de forme ovale, ne dépassant pas le niveau de la peau et très endolorie au toucher. Au bout de quelques jours cette tache se grossit considérablement. Cependant à l'intérieur de la périphérie de cette tache se montraient des îlots plus petits d'un blanc d'albâtre; au contraire des parties avoisinantes hyperesthésiques, il se trouvait que ces îlots étaient complètement anesthésiques. Pendant les jours suivants il se forma autour de ces nécroses blanches, qui étaient desséchées en petits disques durs et parcheminés, une ligne de démarcation ulcérante. Ces disques se détachaient en laissant après eux des ulcères peu profonds.

En attendant des taches et des nécroses absolument semblables survinrent, dans le cours de la semaine suivante, sur la partie inférieure de la face antérieure du ventre. Quinze jours environ après l'apparition des taches sur la cuisse gauche, lorsque les ulcères étaient presque guéris, apparut tout à coup quelques centimètres plus haut, une nouvelle tache rouge, qui eut la même marche que les précédentes.

En examinant la sensibilité de la peau il se trouvait que l'hyperesthésie et l'hyperalgésie s'étendaient au delà des taches rouges, et ensuite qu'au dehors de cette zone hyperesthésique la sensibilité de la peau était considérablement diminuée, et avait même disparu en certains endroits. Avec l'assistance bienveillante du Dr. Winkler à Utrecht tout le système nerveux fut soumis à un examen exact. On constata que les réflexes cutanées étaient considérablement diminuées et que la sensibilité tactile, la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur étaient perdues sur toute la moitié gauche du corps, excepté sur la partie gauche de la tête, sur une bande horizontale, large de quelques centimètres, courant sur le mamelon gauche et ensuite sur la partie inférieure du bras et du pied gauches. Comme il avait été deja constaté pendant les examens précédents, on trouva de nouveau que sur les taches rouges l'anesthésie était remplacée par une hyperalgésie et une hyperesthésie, excepté sur les îlots blancs mortifiés, naturellement. Pendant l'existence de l'exanthème la motilité et les autres fonctions des nerfs de la malade ne subissaient aucun changement.

Fig. 1.

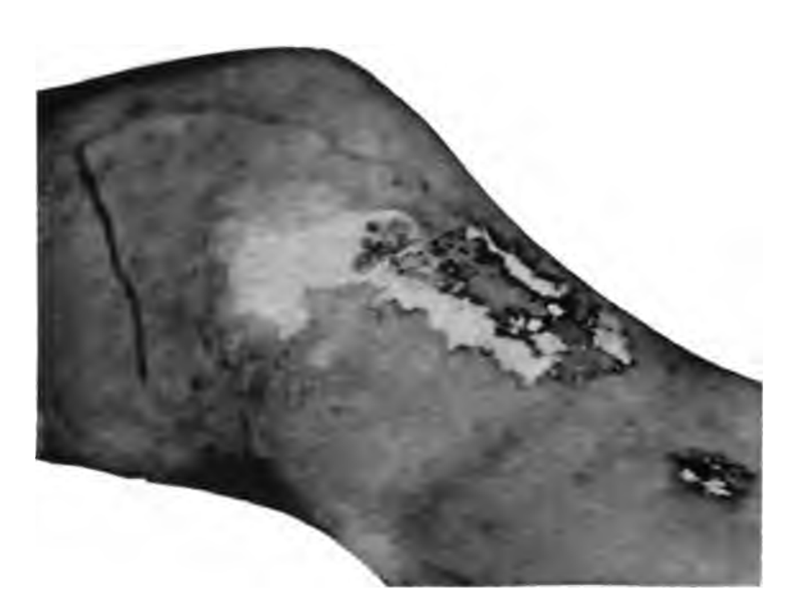
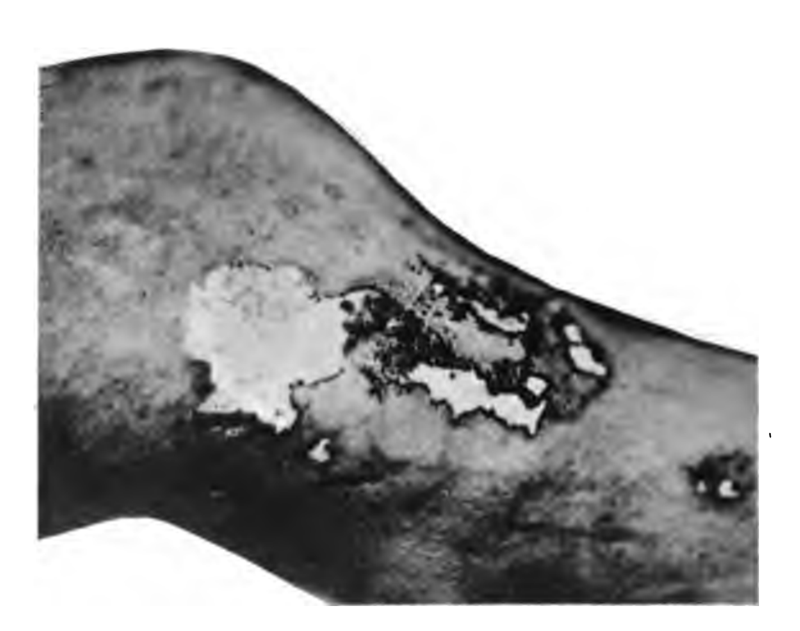


Fig. 2.



Gangraena cutis acuta multiplex.

Le 19 décembre '84, lorsque toutes les ulcérations sur la poitrine, la cuisse gauche, le ventre, et quelques ulcérations sur la face médiale de la cuisse gauche, un peu au-dessous de l'aine, lesquelles étaient survenues pendant ce temps, avaient disparu, il survint tout à coup, sur la face médiale du genou gauche et un peu au-dessous, une nouvelle tache rouge ayant la grosseur de la paume de la main; dans cette tache apparurent bientôt quelques ilots d'un blanc d'albâtre, dans lesquelles se manifestaient les mêmes phénomènes par rapport à la sensibilité que dans les éruptions précédentes.

Le 21 décembre la tache rouge s'était considérablement étendue en haut et dans cette partie étaient survenues quelques macules blanches, une grande et plusieurs petites. Les macules blanches du 19 décembre montrent le commencement d'une ligne de démarcation ulcérante. A cette époque la photographie de la Pl. X fig. 1 fut faite. Sur cette photographie on a marqué par une ligne au crayon la limite de la partie rouge hyperhémique et hyperesthésique; dans la partie supérieure on voit très distinctement sans ligne de démarcation les ilots mortifiés, qui viennent de paraître, et dans la partie inférieure avec le commencement d'une ligne de démarcation les eschares blanches plus anciennes.

Après un examen plus attentif il fut constaté que ces taches blanches apparaissent toujours sous la forme de petits points et de petites macules circulaires, d'un diamètre de 2 millimètres tout au plus. Là où elles se serrent les unes contre les autres, il se produit par la confluence de ces anthèmes, qu'on pourrait appeler les efflorescences primaires, les taches blanches plus grandes entourées de taches plus petites et punctiformes. Les petites et les grandes taches confluentes ont toujours une ligne de démarcation polycyclique avec de petites entaillures, conséquence de la façon dont elles se forment. Les petites nécroses blanches, punctiformes, isolées, se transforment en ulcères punctiformes, couvertes d'une petite croûte; ces petites ulcères se trouvent alors disséminées autour des ulcérations linéaires qui enferment les nécroses blanc jaune desséchées et parcheminées. Sur les photographies de la Pl. X on voit très distinctement les petites macules blanches autour des grandes.

Le 23 décembre la tache rouge sur le genou s'était étendue en montant toujours plus haut. Autour des ilots blancs les ulcérations linéaires démarcatives sont devenues plus distinctes. (Voir Pl. X, fig. 2.)

Le 30 décembre toutes les eschares blanches s'étaient détachées et les ulcérations étaient en voie de guérison. Un nouvel examen sur la sensibilité de la peau, dans lequel il fut constaté que la région de l'anesthésie s'était étendue aussi sur le côté droit du cou et sur l'épaule droite, nous montra sur cette région un nouveau phénomène. Une faible pression, avec la tête d'une épingle par exemple, sur la peau, fit paraître, sous nos yeux, en 2 ou 3 minutes, une élevure papuliforme pâle d'urticaire, de la dimension d'une lentille, et rouge a son pourtour; le long de la ligne tracée sur la peau avec le crayon dermographique apparurent très rapidement des taches blanches et linéaires d'urticaire. Ces plaques présentent une très courte durée.

Au mois de janvier '85 la malade entra dans le Nosocomium d'Utrecht pour cause d'attaques d'hystérie. Là elle eut de nombreux accès d'hystérie épileptiforme, qui étaient très graves. Pendant son séjour dans l'hôpital on ne vit paraître aucune éruption de son exanthème. Après sa sortie du Nosocomium d'Utrecht je l'ai perdue de vue jusqu'au moment où, il y a deux ans, elle vint me voir ici à Amsterdam. Elle me dit alors que bientôt après sa sortie de l'hôpital il apparut sur sa poitrine une nouvelle éruption de son exanthéme avec des ulcérations; pendant cette éruption les guérisons alternaient avec des récidives. Plus tard, après la guérison et la disparition de l'exanthème, survinrent de nouveau les accès hystériques. Il était donc évident que l'apparition de son exanthème alternait constamment avec les accès hystériques. Toutes les fois que les accès survenaient, les ulcérations et les nécroses guérissaient et disparaissaient très vite pour revenir immédiatement dès que les attaques cessèrent. Le caractère des nécroses et des ulcérations était, au dire de la malade, resté le même pendant les deux années que je ne l'avais pas vue. Au moment où elle vint me voir elle n'avait pas d'exanthème et je ne trouvais que les cicatrices des nécroses et des ulcérations. Les attaques épileptiformes qu'elle eut de temps à autre, étaient dans les derniers temps moins graves et moins fréquentes et la durée en était aussi moins longue qu'auparavent. Aprés cette visite je n'ai plus revu la malade.

Cette forme de troubles trophiques de la peau, dont on dit encore peu ou rien dans la plupart des différents ouvrages sur les maladies de la peau et que DOUTRELEPONT [1]) a introduite le

[1]) DOUTRELEPONT, «Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangraen». Vierteljahrschr. für Dermat. u. Syph. 1886, page 179.

premier dans la dermatopathologie sous le nom de *Gangraena cutis acuta multiplex*, doit être considérée, comme une forme de *Herpes zoster gangraenosus recidivus* (KAPOSI) ou *Herpes zoster universalis* et a un rapport intime avec la *Gangrène symétrique de* RAYNAUT. Toutes ces formes de maladies de la peau sont des troubles trophiques, dont l'existence doit être rattachée à l'influence de lésions du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs périphériques. Outre le cas décrit par DOUTRELEPONT et les huit cas analogues cités par lui comme mentionnés dans la littérature, B. BRODIE [1]) et MOORLEY ROOKE [2]) ont donné des descriptions de maladies, lesquelles ont beaucoup de ressemblance avec le cas décrit ci-cessus.

[1]) The Works of Sir Benjamin Collius Brodie, 1865, Vol. III p. 393.
[2]) The Lancet, 1864, Vol. II p. 486.

PLANCHE XI.

PSORIASIS VULGARIS NUMMULARIS ET FIGURATA.

PSORIASIS VULGARIS.

Synonymie: *Psora; Alphos* (Celsus, Wilson); *Lepra Graecorum; Lepra vulgaris; Lepra alphoïdes* (Willan, Bateman, Devergie); *Dartre furfuracée; Dartre lichenoïde* (Alibert); *Herpes furfurans* (Alibert); *Psoriasis-Lepra* (Gibert).

Observation (Pl. XI; Pl. XII, 1; Pl. XIII) Jan P. âgé de 31 ans. Ce malade fut placé en novembre 1888 dans la clinique pour les maladies de la peau et la syphilis de l'hôpital d'Amsterdam. L'éruption parut chez lui, pour la première fois, à l'âge de 13 ans, d'abord au front, où elle est restée stationnaire jusqu'à l'âge de 18 ans. Alors l'exanthème s'étendit en peu de mois sur le corps entier. Sous un traitement par onguents qu'il subit en 1875 à l'hôpital, l'exanthème disparut bientôt et ne se montra pas pendant 10 ans à peu près. Placé de nouveau à l'hôpital en 1886, pour une éruption générale on prescrivit au malade des pilules contenants Acid. arsenicos. et appliqua Ung. merc. praecip. alb. Apres un séjour de huit mois le malade quitta l'hôpital guéri. Il y a 20 semaines l'éruption apparut de nouveau, d'abord sur le tronc d'où elle s'étendit bientôt sur les bras, les jambes et la tête. Elle se montra d'abord sous la forme de petites papules punctiformes qui bientôt se desquamèrent, s'agrandirent et confluèrent ça et là. A son entrée à l'hôpital, les photographies Pl. XI et Pl. XII, 1, ont été faites. Sur le tronc se montraient en grand nombre des taches élevées de la dimension d'une pièce de monnaie, accompagnées de démangeaisons et de fortes desquamations, et entourées d'un rebord rouge. (*Psoriasis vulg. nummularis.*) En divers endroits plusieurs de ces taches confluent et forment des figures ressemblant á des cartes géographiques (*Psoriasis vulg. figurata s. geographica*). Sur les bras, les jambes et la face se montrent des taches plus petites, blanches et fortement squameuses, variant de la grosseur d'un point à celle d'un pois (*Psoriasis punctata et guttata*), par ci par là aussi des taches plus grandes. Le malade subit un traitement interne par Jodet. kalic. L'exanthème s'étend rapidement sur tout le corps, de sorte que les taches confluent de plus en plus. Vers la mi-décembre l'exanthème est devenu général et toute la peau est couverte de grandes squames blanches et épaisses. (Pl. XIII) (*Psoriasis vulg. universalis*); la peau normale a disparu entièrement. Par ci par là il y a sur les articulations des rhagades qui causent tant de douleurs au malade qu'il n'ose presque plus se remuer. Les paupières sont légèrement en ectropion. Le traitement par Jodet. kalic. n'ayant pas eu un succès satisfaisant, on a eu recours à un autre mode de traitement; on a frotté et pansé le malade avec Ung. diachyl. Hebrae. De grandes quantités de squames étant tombées après quelques jours, on a frictionné le corps avec une pommade à (5%) Chrysarobine et la tête avec Ung. merc. praecip. alb. Sous ce traitement la desquamation diminue peu à peu considérablement et la peau redevient normale.

Le malade est d'ailleurs un individu sain, robuste et d'une bonne constitution. Au dire du malade cette affection cutanée ne se serait jamais montrée dans sa famille, à l'exception de sa grand' mère, qui pendant une grande partie de sa vie aurait eu une pareille affection fortement squameuse sur les genoux et les coudes.

Symptomatologie. Le psoriasis commence par l'apparition de très petites taches rouges, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui s'élèvent un peu au-dessus du niveau de la peau avoisinante et se couvrent bientôt de squames luisantes, d'un blanc d'argent, ayant la dimension d'une pointe d'aiguille. La rapidité avec laquelle ces taches s'agrandissent et s'étendent varie considérablement dans les cas différents. En certains cas l'agrandissement et l'extension ont lieu d'une manière très lente et les taches n'envahissent qu'une ou plusieurs petites parties du corps; dans d'autres cas le développement a lieu avec une très grande rapidité, de sorte qu' en peu de semaines les petites



Psoriasis vulgaris nummularis et figurata.

efflorescences se sont transformées en taches d'un diamètre de plusieurs centimètres et qui couvrent tout le corps.

L'agrandissement des taches a lieu régulièrement à la périphérie. Les efflorescences de la dimension d'une tête d'épingle, connues sous le nom de *Psoriasis punctata*, acquièrent bientôt la grosseur d'une goutte (*Psoriasis guttata*), la tache rouge hyperhémique progresse à la périphérie et est accompagnée d'une formation plus abondante de squames d'un blanc d'argent. Quand les efflorescences ont atteint la grosseur de pièces de monnaies le psoriasis est dit nummulaire (*Psoriasis nummularis*). Dans la plupart des cas les taches ne progressent plus et la maladie reste stationnaire. Les taches couvertes de squames épaisses plus ou moins accumulées varient de 1 à 8 centimètres de diamètre. En s'étendant et en se produisant en plus grand nombre sur la surface de la peau leurs périphéries se rencontrent et elles confluent en partie ou en entier. Par cette confluence il se forme des figures bizarres ressemblant à des cartes géographiques, auxquelles on a donné le nom de *Psoriasis figurata s. géographica*. Dans la plupart des cas ces taches continuent à produire sur toute leur étendue les squames caractéristiques, d'un blanc brillant, de sorte que les malades qui sont atteints de cette forme du psoriasis, emportent dans leurs vêtements de grandes quantités d'amas de squames, qui tombent en masse, quand ils se déshabillent. Dans quelques autres cas les efflorescences ayant atteint la dimension de pièces de monnaie semblent vouloir se guérir au centre et laisser la peau normale. Il se forme alors des figures annulaires, qu'on nomme *Psoriasis annularis s. circinata*, qui en s'étendant se rencontrent et forment des arcs et des guirlandes; en progressant toujours du côté convexe, ils se fondent à mesure du côté concave en la peau normale; on a alors ce qu'on appelle *Psoriasis gyrata et serpiginosa*. Enfin quand l'affection cutanée prend un développement si grand que toute la surface du corps est couverte de psoriasis on a le *Psoriasis diffusa s. generalis s. universalis*, forme qui se rencontre assez rarement. Toute la surface du corps est dans ce cas transformée en une surface rouge, squameuse, ressemblant à de la peau de chagrin; à cause de l'absence d'efflorescences primaires il est très difficile de faire le diagnostic différentiel avec des autres maladies cutanées desquamant universellement.

La couleur des efflorescences varie beaucoup dans les cas différents; les efflorescences jeunes et croissant rapidement sont rouges ou rouge foncé; dans les formes chroniques et stationnaires elles sont plus pâles, quelquefois d'un rose tendre. La rougeur disparaît complètement sous la pression du doigt et repose sur l'hyperhémie des vaisseaux des papilles du derme.

La production et l'épaisseur des squames est aussi très différente et peut varier de masses épaisses de squames accumulées, comme dans les éruptions aiguës et actives, à quelques minces lamelles épithéliales, comme dans quelques cas chroniques et stationnaires. La couleur de la peau aux endroits des taches, à l'exception des bordures, ne se reconnaît pas, elle est entièrement couverte de squames. Celles-ci n'étant pas très adhérentes sont faciles à enlever et laissent après le grattage une surface rouge, luisante, saignant vite et facilement par des gouttes punctiformes répondant aux points des papilles du derme qui ont été découvertes. Jamais les efflorescences du psoriasis n'exhalent des liquides, de la lymphe ou du pus. Parmi des squames fortement accumulées et sur l'extension des articulations il se montre souvent des fissures, qui saignent facilement au moindre mouvement que fait le malade, et qui par le caillement et dessèchement du sang se présentent, entre les squames blanches, comme de petites lignes croûteuses rouge brun et noires, ordinairement parallèles les unes aux autres.

Dans presque tous les cas le psoriasis est accompagné de démangeaison, quelquefois intense, dans la plupart des cas cependant faible. Si les taches couvrent une grande étendue du corps, comme dans le psoriasis universalis, la temperature de la peau est augmentée, objectivement et subjectivement de sorte que les malades se plaignent quelquefois d'une sensation brûlante.

Dans le cas où les efflorescences guérissent, ce qui s'opère spontanément ou sous l'influence de la medication, les taches commencent à pâlir, s'affaissent, en même temps que la production des squames diminue. Après la période de la desquamation les taches restent quelquefois hyperhémiques, d'un rose tendre, quelquefois pigmentées, d'un jaune clair, surtout quand les taches ont persisté longtemps, quelquefois brun jaune, ce qui se voit souvent quand la guérison se produit sous l'influence de l'usage d'Acid. arsenicos.

On trouve les taches localisées sur toutes les régions de la peau, bien qu'elles montrent quelque prédilection pour certains endroits. Très souvent les coudes et les genoux sont les seuls points où la maladie de la peau se manifeste et qui sont atteints les premiers. La face est rarement atteinte, le cuir chevelu plus souvent. Ce n'est que très rarement que la maladie survient à la paume des mains, à la plante des pieds et aux ongles, et jamais sans que d'autres parties du corps soient atteintes.

Le psoriasis apparaît le plus souvent dans la période de 10 à 20 ans; cependant il peut aussi survenir dans un autre âge de la vie, dans les premières années de la vie aussi bien qu'entre les 50 et 60 ans. La marche du psoriasis est en général chronique avec des périodes alternantes d'amélioration et d'aggravation; quelquefois il disparaît complètement pour reparaître plus tard; d'autres fois quand le malade ne se fait pas traiter, la maladie reste stationnaire pendant des années, *Psoriasis inveterata*. Dans la plus part des cas il se présente dans un état chronique, c. a. d. que les efflorescences qui paraissent disséminées, s'agrandissent lentement et sont suivies d'autres efflorescences en divers endroits. Quelquefois il apparaît très aigu et peut, au début, avoir quelque ressemblance avec une éruption scarlatineuse ou variolique, pendant une espace de temps très courte cependant, parce que les squames blanches qui se produisent bientôt, lèvent tout doute sur la nature de l'affection cutanée; dans ces cas et quelquefois à l'apparition de la maladie on constate une fièvre toujours modérée.

Bien que la plupart des psoriasiques soient atteints pour toute la vie, le psoriasis n'altère nullement la santé en général. Dans le cas de psoriasis universalis inveterata, quand l'individu atteint ne se fait pas traiter, la difficulté du mouvement et les douleurs qu'il cause, la grande quantité de rhagades qui surviennent obligent souvent le malade à rester au lit et peuvent lui rendre la vie insupportable; quelquefois aussi ces rhagades causent des infections.

Pendant des maladies constitutionnelles d'une nature violente, comme le typhus, la scarlatine, et pendant des maladies accompagnées d'une température fébrile élevée, un psoriasis existant peut disparaître souvent subitement, mais il reparaît ordinairement après la guérison de ces maladies intercurrentes.

Diagnostic différentiel: Voir page 2, Pl. XII.

PLANCHE XII.

---

1. PSORIASIS VULGARIS GUTTATA ET NUMMULARIS.

2. PSORIASIS VULGARIS SERPIGINOSA.

PSORIASIS VULGARIS.

Synonymie: Voir page 2, Pl. XI.

Observation (Pl. XII, 2.) (Pl. XII, 1. voir Observation page 2, Pl. XI.) Jacob K. âgé de 27 ans. Ce malade a depuis 7 ans cette éruption qui se déplace et s'étend continuellement sur la surface de la peau. Le malade se plaint de démangeaisons, surtout en été. L'exanthème ne s'était jamais manifesté sur la face; mais comme il s'y est montré il y a quelques semaines, le malade a cherché la policlinique des maladies de la peau et de la syphilis. Sur le tronc, les bras, les jambes et la face se montrent de nombreuses efflorescences disséminées. Les unes sont de la grosseur d'un point ou d'un pois, la plupart cependant forment des arcs serpigineux plus ou moins grands, qui du côté convexe sont entourés d'un rebord rouge et se desquament le plus fortement, tandis que du côté concave la desquamation et la rougeur diminuent graduellement et l'exanthème se fond en la peau normale. Au dire du malade ces arcs s'étendent continuellement (*Psoriasis vulg. serpiginosa*) sur la surface de la peau et se développent sans cesse des petites efflorescences de la grosseur d'un point, d'un pois ou d'une pièce de monnaie.

Le malade est d'ailleurs un individu d'une excellente santé. Il prétend que sa mère souffre de la même affection cutanée.

Symptomatologie: Voir page 2, Pl. XI.

Diagnostic différentiel. Bien que dans la plupart des cas, et surtout dans les formes typiques, le diagnostic du psoriasis ne présente aucune difficulté, la distinction d'avec les autres maladies cutanées peut devenir difficile dans certaines circonstances, surtout quand l'affection est limitée au cuir chevelu.

Dans certains cas le Psoriasis peut être confondu avec le Lichen ruber, l'Eczema squamosum, la Seborrhoea sicca, les Syphilides papulo-squameuses, la Pityriasis rubra, le Lupus erythematosus, l'Herpes tonsurans maculosus, la Pityriasis rosea, le Favus capillitii et l'Ichthyosis.

Lichen ruber.	*Psoriasis.*
1. Commence de préférence sur la cuisse, sur la partie antéro-externe de la jambe, et sur la face antérieure de l'avant-bras.	1. Commence le plus souvent sur les genoux et les coudes.
2. Les papules du lichen sont petites, polygonales, planes, ombiliquées ou coniques, et ne produisent pas des squames épaisses, mais de petites squames fines et blanches; la peau sur les grandes taches confluentes est plus infiltrée que dans le psoriasis.	2. Les grandes papules rondes et planes se couvrent vite de squames épaisses, d'un blanc d'argent, et saignent très facilement quand on les gratte.

Fig. 1.



Psoriasis vulgaris guttata et nummularis.

Fig. 2.



Psoriasis vulgaris serpiginosa.

3. Lichen ruber, surtout le lichen ruber acuminé attaque après une existence prolongée la santé générale.

4. Le lichen ruber est très souvent accom-

3. Le psoriasis peut exister pendant des années chez des personnes robustes, sans altérer la santé en général.

4. Le psoriasis n'est le plus souvent accom- [illegible] faible

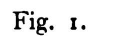


Fig. 1.



Psoriasis vulgaris guttata et nummularis.

Fig. 2.



Psoriasis vulgaris serpiginosa.

3. Lichen ruber, surtout le lichen ruber acuminé attaque après une existence prolongée la santé générale.

4. Le lichen ruber est très souvent accompagné de vives démangeaisons.

Eczema squamosum.

1. Attaque de préférence la face postérieure du genou et la face antérieure du coude.

2. Dans la progression de l'affection il survient de temps à autre une exhalation de liquide.

3. L'eczema est toujours accompagné de fortes démangeaisons.

4. Les squames sont minces, peu accumulées, par ci par là alternant avec une croûte, peu adhérentes.

5. Les taches ne sont ni arquées ni nettement limitées, surtout sur le capillitium.

6. Le malade a souvent une constitution scrofuleuse avec des glandes lymphatiques gonflées.

Seborrhoea sicca.

1. La seborrhoea sicca n'occupe dans la plupart des cas que le capillitium.

2. La seborrhoea sicca est diffuse et occupe sur la tête le plus souvent tout le cuir chevelu.

3. Les squames sont fines, petites, jaunes et grisâtres, et graisseuses.

4. Les taches sont pâles, tout ou plus rose tendre et non-infiltrées.

Syphilides papulo-squameuses.

1. L'exanthème se manifeste par quelques taches rares. Le côté de la flexion des articulations est atteint de préférence, souvent la paume des mains et la plante des pieds exclusivement.

2. Très souvent d'autres exanthèmes, des formes maculeuses, croûteuses et ulcératives se présentent ou ont existé avant.

3. Les taches sont plus petites; les taches plus grandes proviennent évidemment d'une confluence en groupes, en forme d'anneaux ou de croissants des petites papules squamantes.

3. Le psoriasis peut exister pendant des années chez des personnes robustes, sans altérer la santé en général.

4. Le psoriasis n'est le plus souvent accompagné que d'une démangeaison faible.

Psoriasis.

1. Attaque de préférence la face antérieure du genou et la face postérieure du coude.

2. Les squames sont toujours sèches et l'exanthème n'exhale jamais de liquides.

3. La plupart du temps la démangeaison est faible.

4. Les squames sont épaisses, blanches, brillantes, accumulées en masse, plus adhérentes.

5. Les taches sont arquées et ont une delimitation très nette, surtout sur le capillitium.

6. Le malade a le plus souvent une constitution parfaitement saine.

Psoriasis.

1. Le psoriasis survient rarement sur le capillitium seul.

2. Les plaques du psoriasis sont nettement limités, surtout ceux sur le capillitium.

3. Les squames sont grandes, épaisses, accumulées en masses, sèches, brillantes, d'un blanc d'argent.

4. Les taches sont rouges et plus ou moins infiltrées.

Psoriasis.

1. L'exanthème se produit le plus souvent disséminé sur de plus grandes parties du corps. Rarement le côté de la flexion des articulations seul est atteint, plus souvent le côté de l'extension et très rarement la paume des mains et la plante des pieds exclusivement.

2. L'exanthème est en général plus uniforme, toujours squamatif, jamais croûteux ni ulcératif.

3. Des taches de toutes les dimensions; les taches plus grandes proviennent pour la plupart d'un accroissement à la périphérie.

4. Les taches dans l'état chronique sont jaunes, brun foncé (cuivrées) et desquament plus fines.

5. Les infiltrats au-dessous et autour des taches squameuses sont plus durs et plus profonds.

6. Les récidives apparaissent après des périodes d'un état latent de quelques mois ou de quelques années.

7. Sur le capillitium l'exanthème est accompagné d'une chute des cheveux.

8. Les taches ne déterminent en général pas de démangeaisons.

9. Les taches disparaissent le plus souvent par l'usage du mercure.

Pityriasis rubra.

1. L'exanthème s'étend rapidement sur tout le corps et reste alors stationnaire pendant des années.

2. L'exanthème est rouge hyperhémique, pas élevé, avec des squames fines.

3. Après une longue existence la peau devient mince et atrophique en épaisseur et en étendue.

4. Les sujets atteints de cette maladie finissent par mourir comme conséquence de l'épuisement et du marasme.

4. Les taches dans l'état chronique restent rouges hyperhémiques, et desquament abondamment et épaisses.

5. Les infiltrats au dessous et autour des taches sont moins durs et moins profonds; très souvent ils manquent autour des taches squameuses.

6. Les récidives se succèdent plus rapidement, apparaissent souvent avant que les précédents soient terminées; l'exanthème peut exister continuellement pendant des années ou pendant toute la vie dans un état plus ou moins permanent.

7. Sur le capillitium l'exanthème est le plus souvent sans influence sur la croissance des cheveux.

8. Les taches sont en général accompagnées de faibles démangeaisons, surtout au début de la maladie.

9. L'usage du mercure n'a pas d'influence sur la marche de l'éruption.

Psoriasis.

1. L'exanthème n'envahit pas souvent tout le corps et ne s'étend pas rapidement. Un psoriasis général n'est pas permanent et tend vite à une involution totale ou partielle.

2. L'exanthème se compose de taches rouges, élevées comme des papules, laissant tomber des squames épaisses et d'un blanc d'argent.

3. Après une existence prolongée des taches la peau ne devient jamais atrophique ni mince, plutôt épaisse et infiltrée.

4. Le psoriasis ne se termine presque jamais par la mort.

(*A continuer page* 2, *Pl.* XIII.)

PLANCHE XIII.

PSORIASIS VULGARIS UNIVERSALIS.

PSORIASIS VULGARIS.

Synonymie: Voir page 2, Pl. XI.

Observation: Voir page 2, Pl. XI.

Symptomatologie: Voir page 2, Pl. XI.

Diagnostic différentiel. (Suite de page 4, Pl. XII.)

Lupus erythematosus.

1. L'exanthème se montre presque exclusivement sur la face, rarement sur d'autres régions.

2. Les taches sont couvertes de petites squames jaunâtres, grisâtres, graisseuses, fortement adhérentes, qui, quand on les enlève, laissent des ouvertures glandulaires béantes. Les surfaces inférieures des squames enlevées sont couvertes de petites éminences épineuses.

3. Autour des taches se présentent très souvent des ouvertures glandulaires béantes, obstruées de sebum.

4. Au centre des taches et aux endroits où l'exanthème a disparu la peau est atrophiée, d'un blanc bleuâtre, cicatrisée. Sur le capillitium les cheveux sont tombés.

Psoriasis.

1. L'exanthème est rarement limité à la face; presque toujours on trouve aussi des taches disseminées.

2. Les taches sont couvertes de grandes squames épaisses, d'un blanc d'argent, moins adhérentes, qui, quand on les enlève, laissent une peau légèrement saignante. Les squames n'ont pas d'éminences sur la surface inférieure.

3. Autour des taches on n'observe jamais des altérations des ouvertures grandulaires.

4. Quand le psoriasis disparaît, il laisse après la guérison une peau normale, tout au plus pigmentée pour quelque temps. La croissance des cheveux n'est pas altérée considérablement ni d'une manière permanente.

Herpes tonsurans.

1. L'exanthème n'a pas de tendance à apparaître symétriquement et n'envahit pas de préférence les coudes et les genoux.

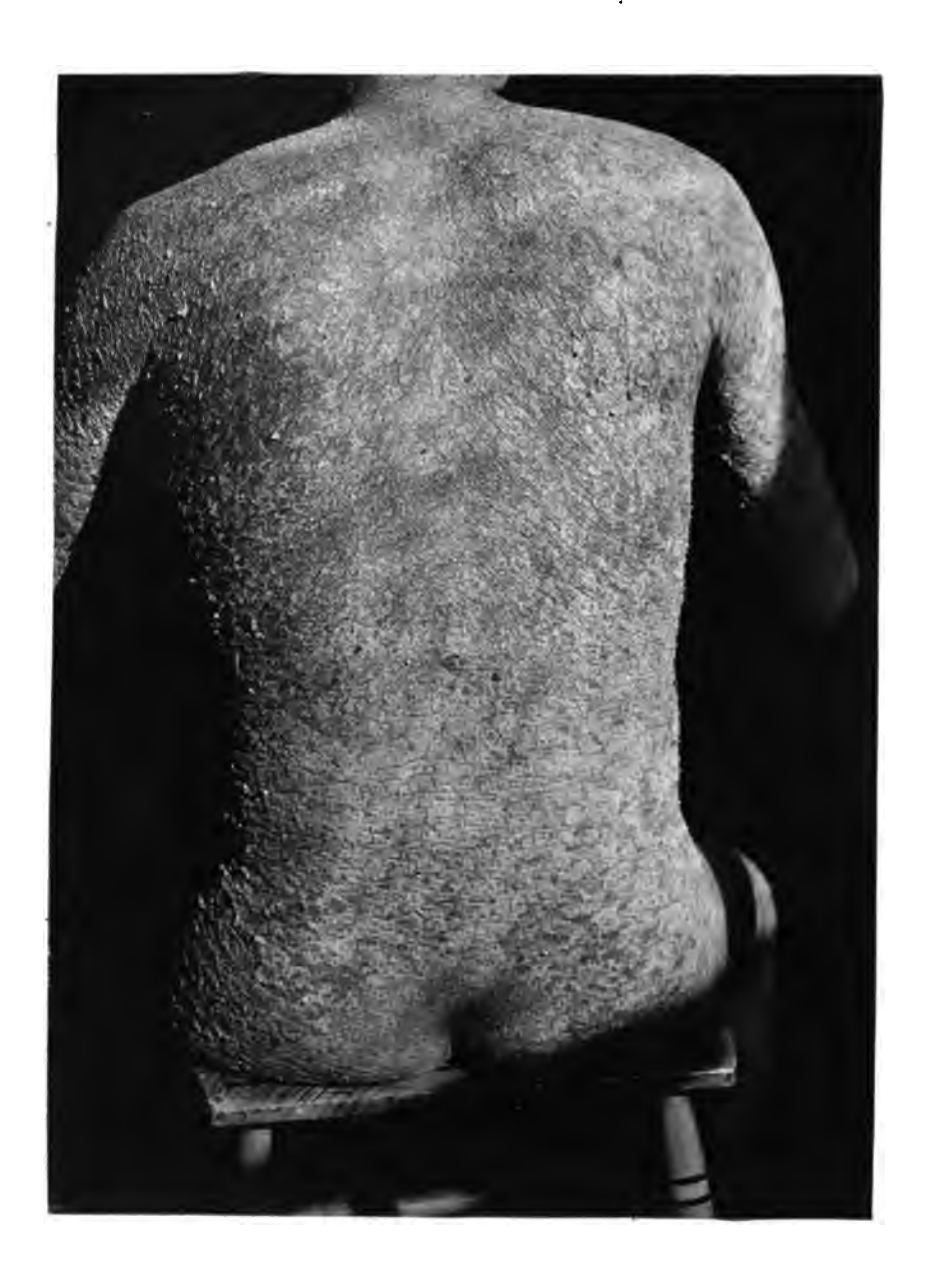
2. Desquamation des taches mince et rare, quelquefois alternant avec des vésicules et des croûtelles.

Psoriasis.

1. L'exanthème a une tendance à apparaître symétriquement et envahit de préférence les coudes et les genoux.

2. Desquamation des taches épaisse et abondante. Jamais ne surviennent des vésicules ou des croûtelles.

Planche XIII.



Psoriasis vulgaris universalis.

3. Sur le cuir chevelu les cheveux perdent leur brillant et se brisent près de leur base.

4. Dans les squames et les cheveux on reconnaît sous le microscope des champignons (Trichophyton tonsurans). La maladie est très contagieuse.

Pityriasis rosea.

1. L'exanthème se manifeste de préférence sur le cou et la surface antérieure de la poitrine.

2. Les taches produisent des squames très fines, gris blanc.

3. Au centre survient une décoloration de la peau; elle devient jaunâtre.

4. L'éruption affecte presque toujours une marche aiguë et très rapide, en forme de taches roses. L'exanthème est très passagère.

Favus capillitii.

1. L'exanthème se manifeste le plus souvent de préférence sur le capillitium seul. Sur les autres régions du corps il est très facile de faire la distinction d'avec le psoriasis.

2. Les taches sont couvertes de croûtes jaunes; aux bords on trouve souvent de nouvelles taches avec des croûtelles jaunes en forme de godets.

3. Sur les taches les cheveux ont perdu leur coloration primitive et leur brillant, ils sont d'un gris mat, fendillés et cassés.

4. Aux endroits où l'exanthème est guéri, la peau est cicatrisée et les cheveux ont disparu.

5. L'exanthème répand une odeur caractéristique comparable à l'odeur de souris.

6. Dans les squames et les cheveux le microscope démontre la présence de tubes de mycélium (Achorion Schönleinii). L'exanthème est contagieux.

Ichthyosis.

1. L'ichthyose est une anomalie congénitale de la peau, ou apparaît dans les premières années de la vie.

3. Dans le psoriasis du capillitium les cheveux ne se cassent pas.

4. Dans les squames et les cheveux on ne découvre pas de champignons. La maladie n'est pas contagieuse.

Psoriasis.

1. L'exanthème n'a pas de prédilection particulière pour la surface antérieure de la poitrine.

2. Les taches produisent des squames épaisses, d'un blanc d'argent.

3. Au centre des taches ou les squames persistent ou guérissent sans décoloration.

4. L'exanthème peut survenir subitement sous forme de papules rouges, mais il disparaît moins rapidement.

Psoriasis capillitii.

1. L'exanthème survient rarement sur le capillitium seul.

2. Les taches sont couvertes de squames épaisses d'un blanc d'argent. Les petites taches aux bords ne montrent pas de squames jaunes en forme de godets.

3. Sur les taches les cheveux n'ont pas perdu leur coloration primitive et ne sont pas cassés.

4. Aux endroits où l'exanthème est guéri la peau n'est pas cicatrisée et les cheveux ne sont pas tombés.

5. L'exanthème ne répand pas d'odeur caractéristique.

6. Dans les squames et les cheveux le microscope ne démontre pas la présence de champignons. L'exanthème n'est pas contagieux.

Psoriasis.

1. L'exanthème apparaît rarement dans les premières années de la vie; il n'est jamais congénital.

2. L'affection envahit le plus souvent tout le corps avec divers degrés d'intensité.

3. Sous les écailles la peau paraît normale, et ne présente ni congestion ni décoloration.

2. L'exanthème devient rarement général; la plupart du temps il se manifeste en forme de taches disséminées.

3. Sous les squames la peau est rouge, congestive et infiltrée; elle a l'aspect d'une inflammation.

PLANCHE XIV.

PSORIASIS VULGARIS ANNULARIS ET GYRATA.

PSORIASIS VULGARIS.

Synonymie: Voir page 2, Pl. XI.

Observation (Pl. XIV) Maria A. de K. Agée de 17 ans. Cette malade fut placée, au mois de janvier 1889, pour la troisième fois dans la clinique pour les maladies de la peau et la syphilis de l'hôpital d'Amsterdam. Il y a quatre ans l'exanthème avait debuté sur les coudes et les genoux où pendant deux ans il est resté stationnaire. Il y a deux ans l'exanthème s'étendit assez subitement, en six semaines, sur le corps entier, si bien que la malade demanda à être placée dans l'hôpital. Par un traitement interne par Acid. arsenicos. et des frictions avec Ung. chrysarobini (10%) et Ung. merc. praecip. alb. (10%) l'exanthème guérit en trois mois. En juillet 1888 une nouvelle éruption survint, qui en quelques semaines s'étendit rapidement, de sorte qu'au mois d'août 1888 la malade fut placée de nouveau dans l'hôpital, où elle guérit bientôt après l'usage de fortes doses d'Acid. arsenicos. et des frictions avec Ung. merc. praecip. alb. En décembre 1888 et en janvier 1889 une nouvelle éruption se produisit, et la malade se fait traiter de nouveau dans l'hôpital. L'exanthème envahit surtout les bras et les jambes et ne se montre presque pas sur le tronc. Sur les bras et les jambes les efflorescences, petites, très rouges, avec des squames blanches comme l'argent qui tombent en grande quantité, s'étendent bientôt en forme annulaire (*Psoriasis vulg. annularis*); ces anneaux en grossissant et en confluant forment des figures arquées et serpigineuses (*Psoriasis vulg. gyrata*). La surface postérieure de la cuisse où cette forme du psoriasis se manifeste très aiguë, est représentée sur Pl. XIV. La malade subit un traitement externe par Ung. diachyl. Hebrae, et pour la face par Ung. merc. praecip. alb; en même temps on lui fit prendre de fortes doses d'Acid. arsenicos. (en augmentant de 7½ mgr. jusqu'à 27½ mgr. d. d.). Au mois de mars 1889 la malade quitta l'hôpital entièrement guérie.

Elle est d'ailleurs un individu parfaitement sain et dit que ni ses parents ni les autres membres de sa famille n'ont été affectés de cette maladie cutanée.

Symptomatologie: Voir page 2, Pl. XI.

Diagnostic différentiel: Voir page 2, Pl. XII.



Psoriasis vulgaris annularis et gyrata.

L'ouvrage sera publié en 10 livraisons, dont 2 paraîtront dans une année. Chaque livraison comptera 6 planches avec 9 photographies et leur texte, qui comprendra la symptomatologie, le diagnostic différentiel et la description casuistique des maladies représentées par les photographies.

L'ouvrage entier se composera par conséquent de 60 planches avec environ 90 photographies, contenant:

I.	Comedo, Acne vulgaris.
II.	Acne varioliformis, Millium.
III.	Molluscum sebaceum, Rosacea.
IV. V.	Erythema exsudativum multiforme.
VI.	Urticaria.
VII.	Herpes facialis.
VIII.	Herpes zoster.
IX. X.	Gangraena cutis acuta multiplex.
XI. XII. XIII. XIV.	Psoriasis vulgaris.
XV. XVI.	Lichen ruber.
XVII.	Pityriasis pilaris.
XVIII. XIX. XX. XXI.	Eczema.
XXII.	Prurigo.
XXIII.	Sycosis.
XXIV.	Impetigo contagiosa.
XXV.	Ecthyma, Pemphigus vulgaris.
XXVI.	Pemphigus foliaceus.
XXVII.	Pemphigus vegetans.
XXVIII. XXIX.	Purpura.
XXX.	Lentigo, Chloasma.
XXXI.	Leucodermia.
XXXII.	Lichen pilaris.
XXXIII.	Verruca.
XXXIV.	Cornu cutaneum.
XXXV.	Onychogryphosis.
XXXVI.	Condylomata acuminata.
XXXVII. XXXVIII.	Ichthyosis.
XXXIX. XL.	Pachydermia.
XLI.	Alopecia.
XLII. XLIII. XLIV. XLV. XLVI.	Keloïd. Fibroma. Sarcoma. Epithelioma.
XLVII. XLVIII. IL. L.	Lupus vulgaris. Lupus erythematosus.
LI. LII. LIII.	Lepra Arabum.
LIV.	Scrophuloderma, Ulcus cutaneum.
LV. LVI. LVII. LVIII. LIX. LX.	Favus. Herpes tonsurans. Pityriasis versicolor. Scabies. Pediculosis corporis.

On peut souscrire à raison de *f* 4.75; Frs. 10.—; Mark 8.—; 8 Sh. par livraison.

LES ÉDITEURS.

